

訪問診療依頼書

20 年 月 日

やまぶき訪問クリニック宛

所属・部署（病院・事業所の方）

TEL :043-253-1455
 FAX :043-253-1456
 Email :info@yamabuki.clinic

氏名（フリガナ）

TEL:
 FAX:

| | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|------|--------------|---------------------|-------|-------|---------------------------------|
| (フリガナ) 利用者様氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| 住所 | 〒 | | | 電話番号 | | | |
| (フリガナ) キーパーソン氏名 | | 続柄 | | キーパーソン 連絡先 | | 世帯 | 同居 別居 独居 |
| 医療保険・割合 | 社保・国保 後期・生保 | 割 | 介護保険 (割合) | 割 | 介護度 | 支援 介護 | 公費 |
| | | | | | | | 難病 (54) 身障 (81) その他 () 無 |
| 居宅介護支援事業所 | 有・無・選定中 | 事業所名 | | ご担当者名 | | 電話番号 | |
| 訪問看護事業所 | 有・無・選定中 | 事業所名 | | ご担当者名 | | 電話番号 | |
| かかりつけ調剤薬局 | 有・無・選定中 | 事業所名 | | ご担当者名 | | 電話番号 | |
| 現在の状況 | 入院中 月 日から 月 日 退院予定 | | バックベッド 登録 | 可・不可・不明 | | 駐車場 | 敷地内 コインパーキング 路上駐車 その他 |
| | 外来通院中 受診日 月 日 | | 看取り | 在宅・一般入院・緩和入院 検討中 | | | |

※下記、必要書類はFAX時の添付についてチェックをお願いします。

| 必要書類 | 今回添付 | 取得不可 | 備考 |
|----------|--------------------------|--------------------------|---|
| 診療情報提供書 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近 1 か月のもの 現時点で入手出来ない場合は、その他に主傷病名の記載をお願いいたします。 |
| 薬情（お薬手帳） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近1か月のもの |
| 看護サマリー | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近 1 か月のもの |
| フェイスシート | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ※直近 1 か月のもの |
| その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

※診療情報提供書をいただいた後、訪問診療の対応可否についてはご回答させていただきます。

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| ご利用中のサービス状況 | ※調整をお願いすることもございます。ご協力宜しく願っています。 |
| その他 伝達事項（医療処置・ ADL・認知度など） | |